

Luc Heimendinger

Réseau Nord Broye
OSRIC

Projet système clinique

"Trajectoire, Information et Orientation"
des usagers dans le réseau intégré du Nord vaudois

TIO

GP1

"Etat des lieux"

Rapport de synthèse

22 mars 2013

Table

1. Introduction

Pour exposer l'historique, le contexte et situer les travaux du GP1, le lecteur se réfèrera au rapport *Organisation Sanitaire Régionale Intégrée et Coordonnée, "Une utopie … ou une chance à saisir"*, Y. Kühne, novembre 2010, au document préparé à l'attention du chef du département de la santé et de l'action sociale *Projet système clinique "Trajectoire, Information et Orientation"*, septembre 2012 et à sa version mise à jour du 22 janvier 2013, et à la présentation *Quand une utopie devient une chance à saisir* d'Y. Kühne, décembre 2012. En outre, il existe une convention de collaboration, signée par tous les partenaires impliqués, qui décrit leurs responsabilités et qui doit garantir leur implication active dans le projet OSRIC.

GP1: "Etat des lieux", voir la fiche descriptive joint à ce rapport. L'objectif général *Produire un état des lieux des prestations actuelles liées au contenu du projet "TIO"* est le sujet du présent rapport. Les objectifs spécifiques *Création d'un processus d'évaluation continue*, *Elaborer un système d'évaluation quantitatif en se basant sur les statistiques produites par les institutions et/ou dispositif du réseau et les corréler*, *Clarifier ce qui existe déjà, ce qui devrait changer et mesurer les impacts de ce qui est à mettre en place, Définir un vocabulaire et des notions communes* et *Etablir un répertoire* seront traités ultérieurement, selon décision du chef de projet OSRIC.

Faute de ressources internes et pour bénéficier d'un regard neuf et néanmoins compétent, l'accomplissement du travail du GP1 a été confié à un intervenant externe, à savoir le rédacteur du présent rapport.

2. Méthode

La méthode des interviews semi-directives a été adoptée pour recueillir les informations nécessaires à l'accomplissement de la mission du GP1: produire un état des lieux des prestations actuelles liées au contenu du projet "TIO".

Comparée à une enquête par questionnaire informatisé, cette méthode présente plusieurs avantages et un inconvénient.

Les avantages sont:

- établir un contact direct entre un représentant du RNB et du projet OSRIC-TIO et des acteurs du réseau. Le projet commence ainsi à être incarné aux yeux de celles et ceux qui n'en connaissant pas grand chose (i.e. la majorité);
- ce sont les mots-mêmes des interviewés qui sont pris en note;
- si besoin, on demande d'éclaircir ou d'approfondir un point particulier.

L'inconvénient principal est qu'on approche une population moins nombreuse qu'avec une enquête d'opinion. En revanche, il n'est pas assuré que la qualité de l'information recueillie soit moins bonne ni moins riche.

Enfin, le temps de traitement et d'analyse doit être comparable, de même que le coût de l'opération.

Les interviews ont concerné 44 personnes rencontrées en 39 interviews d'une heure environ chacune. Les critères de choix des personnes étaient: domaine d'activité (somatique, psychiatrique), le type de prise en charge (hospitalier, ambulatoire, hébergement), le métier (médecine, soins, orientation et information, etc.). La population concernée est formée de cadres et de professionnels de terrain. Faute de temps, les usagers ne sont pas représentés dans la présente étude. Ils seront approchés dans une étape ultérieure.

Les interviews se sont déroulées du 29 janvier au 4 mars 2013.

Les questions ont été conçues par Mme B. Barussaud, RNB, et le rédacteur du présent rapport, sous la supervision de M. Y. Kühne, secrétaire général du RNB et chef du projet OSRIC. Elles commencent avec la prise en charge du patient jusqu'à sa sortie ou transfert. Elles interrogent aussi l'adéquation entre la demande et l'offre (question 6) et se termine avec une question ouverte sur ce que les interlocuteurs voudraient voir exister dans leur environnement lié à l'information pour assurer une meilleure prise en charge et orientation de leurs patients.

Les sept mêmes questions sont posées à chacun-e des interviewé-e-s. Ils y répondent à titre personnel, selon leurs connaissances, expérience et point de vue.

2.1. Questionnaire

Les questions posées sont (voir 130126 TIO conduite interviews)**:**

1. Les admissions vous paraissent-elles appropriées (justifiées/adaptées)?

2. Recevez-vous les informations (méd. y compris traitement, médico-social, socio-économique) nécessaires à une bonne prise en charge (prestations)?

3. Les dispositifs d'orientation existants vous paraissent-ils adaptés aux besoins?

4. Pouvez-vous transmettre les informations liées au patient en temps réel lors de la sortie de votre entité?

5. Pensez-vous disposer (y compris connaître) de toute l'information nécessaire à une bonne orientation de votre patient?

6. L'offre en prestations et structures est-elle suffisante en temps réel pour couvrir les besoins des patients?

7. Selon vous, en tant que …, quel-le structure/prestation/site Internet/… devrait-il être développé/créé?

Le questionnaire de l'intervieweur est (voir 130109 TIO Q interviews)**:**

1. Les admissions vous paraissent-elles appropriées (justifiées/adaptées)?

   Oui, Non, Partiellement: préciser si lien avec somatique, psychiatrique, venue spontanée, etc.

2. Recevez-vous les informations (méd. y compris traitement, médico-social, socio-économique) nécessaires à une bonne prise en charge (prestations)?

   Oui, Non, Partiellement: préciser si lien avec somatique, psychiatrique, venue spontanée, etc.

3. Les dispositifs d'orientation (processus, professions spécialisées) existants vous paraissent-ils adaptés (quali- et quantitatif) aux besoins (notamment situations fragiles)?

   Oui, Non, Partiellement: préciser

4. Pouvez-vous transmettre les informations liées au patient en temps réel lors de la sortie de votre entité?

   Oui, Non, Partiellement: préciser (informations médicales, médico-sociales, moyens logistiques, etc.)

5. Pensez-vous disposer (y compris connaître) de toute l'information nécessaire à une bonne orientation de votre patient?

   Oui, Non, Partiellement: connaissance de l'offre et conditions d'accès, si non, savez-vous où obtenir l'information (guichet intégré p.ex.)?

6. L'offre en prestations et structures est-elle suffisante en temps réel pour couvrir les besoins des patients? (adéquation demande-offre)

   Oui, Non: p.ex. qu'est-ce qui manque ou pose un problème (quid si frein à la sortie, p.ex. médecin pas disponible)? Que faites-vous (déclassement, etc.)?
   Partiellement
7. Selon vous, en tant que (médecin, infirmier-ère, …), quel structure/prestation/site Internet/… devrait-il être développé/créé?

2.2. Liste et calendrier des interviews

Soins aigus				
eHnv				
Méd-chef Int - Soins intensifs	1	Alain Cometta	*Hôpital d'Yverdon*	19.02
Méd-chef Urgences	1	Julien Ombelli	*Hôpital d'Yverdon*	11.02
Dir. méd. - Chir. Ortho.	1	Bertrand Vuilleumier	*Hôpital d'Yverdon*	19.02
Dir. soins et resp. filière B/C	1	Jean-François Cardis	*Hôpital d'Yverdon*	11.02
Dir. adj. soins et resp. filière A	1	Catherine Branche	*Hôpital d'Yverdon*	12.02
ICUS Méd.	1	Corinne Louvrier	*Hôpital de Saint-Loup*	18.02
ICUS Chir.	1	Jocelyne Hafsi	*Hôpital d'Yverdon*	25.02
ICUS Ortho.	1	Anne-Marie Cuby	*Hôpital d'Yverdon*	19.02
Inf. Urgences	1	Evelyne Noverraz	*Hôpital d'Yverdon*	19.02
CSSC				
Méd-chef	1	Oscar Daher		7.02
Inf. resp.	1 (2)	Louis Taboada (A) et Monique Voynnet (C)		7.02
SPN				
Méd-chef Psy. avancé	1	Liviu Dan		11.02
Méd-chef Psy. adulte	1	Serge Didisheim		5.02
Méd-chef Psychogér.	1	Ciprian Lupascu		13.02
ICUS Psy. âge avancé	1	German Delgado		30.01
ICUS Psy. adulte	1	Barbara Bordy		29.01
AS ambulatoire	1	Geneviève Giroud		25.02
AS hospitalière	1	Sarah Winteregg		13.02
Traitement et réadaptation				
CTR (1 des 2)				
Méd-chef	1	Maurice Baechler	*Hôpital de Chamblon*	13.02
Resp. filière B		*voir Jean-François Cardis*		
Inf		*voir IDL B BRIO*		
Ergothérapeute	1	Véronique Thévenot	*Hôpital D'Orbe*	19.02
Hébergement				
EMS				
Méd.		*voir médecins libres praticiens*		
Resp. filière C		*voir Jean-François Cardis*		
IC gér.	1	Richard Matilla	*La Veillée, Senarclens*	1.02
IC psy âge avancé	1	Michèle Gavillet	*La Douraz, Saphir*	7.02
Responsables financières	1 (2)	Sandra Gerber (Saphir), Mary-Lise Deriaz		11.02

Ambulatoire				
CMS Yverdon-ouest				
Resp.	1	Thierry Azzola		1.02
Inf.	1	Maria Rozas		1.02
Inf. psy.	1	Anouk Louvrier		1.02
Ergo.	1	Jeanine Moeri		1.02
AS	1	Valérie Parisod		1.02
Coord. (tél)	1	Séverine Maire		28.01
Resp. équipe mobile	1	Isabelle Welker		28.01
Médecins libres praticiens				
	1	Thomas Chapuis (impliqué ds GT COM & SInfo)		13.02
	1	Olivier Pasche (ForOm)		7.02
	1	Isabelle Hottinger		27.02
	1	Christine Carnal		4.03
Pharmaciens				
Pharm-chef Hosp.	1	Renaud Pichon	*Pharm. Centrale hôp. Nord vaudois*	4.02
Pharm	1	Frédéric Emery	*Pharm. Centrale, Yvd*	29.01
BRIO				
Groupe réf. transverses	1 (4)	Claire Neuville-Kopp et coll.		25.02
SPN	1	Suzanne Müller		5.02
CSSC		*voir Monique Voynnet*		
Réf. situations fragiles	1	May Rivier		29.01
Total interviews (pers)	**39 (44)**			

3. Résultats

La démarche est bien accueillie. Une fois le rendez-vous convenu – merci à Mme M. Roon, RNB, pour son aide précieuse –, les entretiens sont aisés à conduire. A en juger par les réponses obtenues et la facilité avec laquelle les interlocuteurs s'expriment, nous pouvons postuler que les questions sont adéquates et l'approche pertinente. Cela étant dit, un accueil favorable ne signe pas forcément une adhésion forte à OSRIC-TIO. Pour la grande majorité d'entre eux, ce projet est encore éloigné et hypothétique. Les plus au fait sont naturellement celles et ceux qui y collaborent déjà. Pour les autres, i.e. au moins neuf personnes sur dix, une brève explication de ce que sont les ensembles de projets OSRIC et TIO s'est révélée nécessaire et utile pour amorcer la discussion. L'enquête est clairement ressentie comme un intérêt de la "superstructure" pour les acteurs du système de santé et pour ce qu'ils pensent.

Les interviews ont ramenés des témoignages et des idées très intéressants qui sont synthétisés dans les chapitres 3. Analyse qualitative et 4. Synthèse et orientations.

3.1. Analyse quantitative

(voir 130307 Analyse quantitative interviews)

Deux axes d'analyse sont retenus:

- par type de prise en charge;
- par métier (ou activité).

Le type de prise est découpé en soins aigus, traitement et réadaptation, ambulatoire, hébergement, médecins libres praticiens, pharmacie et information et orientation. Les soins aigus, l'hébergement et la pharmacie sont subdivisés en sous-catégories.

La répartition par métier se justifie par la logique interne des métiers. Ainsi, par exemple, le cadre de référence d'un médecin reste sensiblement le même qu'il exerce à l'hôpital ou dans un cabinet.

Précisions:

- Certains interlocuteurs se disent non concernés par une question, par exemple une assistante sociale concernant la question 1, et ne répondent pas. Il en résulte que certains totaux ne sont pas homogènes;
- Le nombre de réponses diffère entre les deux types de répartition. Cela tient à ce que certain interlocuteurs occupent plus d'une position dans leur organisation et que leurs réponses sont parfois différenciées;
- Le métier de pharmacie, privée et hospitalière, est regroupé;
- Le métier d'infirmière de liaison est regroupé dans "BRIO".

3.1.1. Analyse par type de prise en charge

Répartis par type de prise en charge, le taux de satisfaction en matière d'information et d'orientation est de près de 60%. 35% de la population est partiellement satisfaite et 6% insatisfaite. A l'exception du Traitement et réadaptation (42%), le taux de satisfaction n'est jamais inférieur à 50%. Dans un système aussi complexe et encore hétérogène dans son traitement de l'information, nous pouvons considérer ce résultat comme encourageant.

3.1.2. Analyse par métier

Dans la répartition par métier, le taux de satisfaction est de 53%, légèrement inférieur à la répartition précédente. Le taux de satisfaction partielle est de 35% aussi et d'insatisfaction de 12%. A l'exception des professionnels de la finance (33%), dans cette répartition également, le taux de satisfaction n'est jamais inférieur à 50%. L'insatisfaction des professionnels de la finance s'explique dans le fait que leur centre d'intérêt est parfois traité secondairement dans une chaîne surtout occupée par les questions de soins et d'accueil, voir analyse qualitative.

A quelques différences près, les taux de réponse par question sont analogues. Dit autrement, que ce soit une vision type de prise en charge ou métier, les réponses sont très proches. On pourrait en déduire que la logique métier domine sur l'environnement dans lequel on l'exerce.

Il existe des différences dans les réponses aux questions 2 et 6. En question 2: l'insatisfaction est moindre par métier. Les secteurs psychiatriques et ambulatoires sont les moins satisfaits de l'information qui leur arrive à l'admission de leurs patients. En question 6: les médecins sont les plus sévères en matières de structures et prestations insuffisantes.

3.2. Analyse qualitative

De manière générale, les acteurs entendus reconnaissent la valeur et la richesse de leur système de santé. En matière de TIO, quelques axes majeurs ressortent: 1. le réseau existe, mais il est différent pour tous. Chacun en a sa représentation. La connaissance du réseau – ce qui existe, les conditions d'admission, etc. – existe grâce à la curiosité et à l'intérêt personnels et au temps passé dans le système. Un seul témoignage rapporte une information effective fournie par son environnement immédiat lors de l'entrée en fonction. Aucun témoignage ne parle du RNB et de son site Internet comme ressource. 2. En matière d'information et d'orientation, le BRIO est reconnu comme un instrument valable et compétent. Les quelques critiques émises seront reprises plus bas. 3. Les professionnels expriment une frustration certaine devant la grande disparité des systèmes d'information. Ils sont nombreux certes, mais surtout, ils ne communiquent pas (assez) entre eux. Information incomplète voire perdue, supports et moyens de transmission inadaptés sont les avis les plus communément exprimés. 4. Il manque unanimement de certaines structures et prestations. La qualité des soins et la trajectoire des patients s'en ressent négativement.

3.3. Points saillants en réponse aux questions

3.3.1. Question 1: Les admissions vous paraissent-elles appropriées (justifiées/adaptées)?

En **soins aigus**, il y existe une frange de patients psychiatriques ayant une charge somatique associée et inversement. Les hôpitaux somatiques et psychiatriques sont peu équipés pour prendre en charge ces patients. Le besoin de la présence d'un gériatre au CPNVd et de compétences psychiatriques à l'hôpital somatique, aux urgences notamment, est évoqué. Ce type de patients montre un manque d'offre de prestations dans les structures A. Cette problématique touche surtout la psycho-gériatrie. Nous la retrouverons dans le manque de structures d'hébergement (intermédiaires et longs séjours).

Les structures A psychiatriques sont en moyenne satisfaites des admissions en leurs murs. A l'exception des hospitalisations par défaut (maladies chroniques, privation de liberté, problème de réorientation) et par manque d'information du médecin envoyeur sur les critères d'admission. En revanche, des critiques sont émises par les médecins somaticiens qui trouvent ces critères trop rigides.

Entre 2010 et 2012, le nombre d'admissions aux urgences de l'hôpital d'Yverdon a crû de 20%, ce chiffre ira augmentant, notamment en raison de moins de médecins installés, de nouvelles habitudes sociétales, etc.

Les hospitalisations par défaut de place (en hébergement notamment) sont décrites comme inadaptées et consommatrices de ressources.

En général, le déclassement (A en B ou C court séjour) est critiqué en ce sens qu'il n'a pas de répercussion positive pour le patient ni pour l'hôpital. Un prolongement d'hospitalisation peut entraîner une dégradation de la santé du patient (cité surtout en psychiatrie). Le déclassement est également responsable du taux d'occupation élevé au sein des hôpitaux (plus de 95% sur l'année).

Quand les structures intermédiaires sont en bout de capacité ou le maintien à domicile difficile (SIDO), on hospitalise en soins aigus, souvent via les urgences.

En **traitement et réadaptation**, les critères d'admission ne sont pas toujours assez appliqués. D'autant qu'il y a de la pression venant des assurances, des hôpitaux A pour sortir les patients et qu'il manque de place en hébergement.

En **ambulatoire**, pour le CMS, la réponse est "Oui, car c'est notre mission". Il y a une volonté d'augmenter la réactivité de prise en charge avec la création d'une équipe mobile. L'offre cantonale étant disparate d'un CMS à l'autre, il convient de mieux informer les partenaires. Une meilleure communication sur les patients entre médecins traitants et CMS est demandée.

Des patients sortent de CTR "sans raisons médicales de les garder" (et sous pression financière des assurances), alors qu'ils sont en situation fragile, ce qui alourdit beaucoup la prise en charge au CMS. Les ergothérapeutes aimeraient être associées plus tôt dans le processus de prise en charge.

En matière d'**hébergement**, pas de commentaire particulier.

Pour les **médecins libres praticiens**, il n'y a que des demandes justifiées, si elles ne le sont pas pour un motif médical, elles le sont du point de vue du patient et il faut y amener une réponse.

Pour les **pharmaciens**, la réponse est oui. A cela près qu'une récente étude à Payerne révèle des incohérences d'information sur les traitements (produits et dosages) entre les médecins installés et hospitaliers, les pharmaciens, les patients et les CMS. Il y a là un problème de flux et de mise à jour d'information entre les partenaires.

Pour le **BRIO**, les admissions sont généralement appropriées. Le BRIO n'est pas contacté pour les admissions psychiatriques.

3.3.2. Question 2: Recevez-vous les informations (méd. y compris traitement, médico-social, socio-économique) nécessaires à une bonne prise en charge (prestations)?

En **soins aigus**, pour les médecins somaticiens, la situation est satisfaisante, même s'il faut aller chercher de l'information manquante. Les générations passant, l'information s'améliore, de même que le recours à l'informatique. Du côté infirmier, on reproche une arrivée trop souvent décalée et/ou incomplète (notamment sur les aspects sociaux) du DMST en provenance du CMS. Il faut repasser par le BRIO pour obtenir l'information. Les dossiers des patients hospitalisés venant des urgences sont souvent incomplets (p.ex. concernant le dosages de médicaments, ce qui impose d'aller chercher l'information).

Le système d'information DOPHIN est attendu avec une certaine impatience pour se substituer au fax notamment.

En psychiatrie, la situation est décrite comme moins satisfaisante. Il faut souvent chercher des compléments d'information médicale, sociale, financière voire judiciaire. Le DMST est peu adapté à la psychiatrie: rubriques trop étroites pour décrire une situation par exemple. Une partie du problème d'information partielle est attribué au tournus des médecins assistants. Le colloque hebdomadaire avec les chefs de clinique est apprécié, mais il n'est pas suffisant pour les assistantes sociales.

En **traitement et réadaptation**, le système d'information des eHnv remplit sa fonction. Pour les patients venant de leur domicile, l'information est parfois incomplète. Elle est décrite comme presque toujours manquante pour les transferts du CHUV. Cela est même perçu comme une stratégie pour ne pas pouvoir refuser des patients.

Le passage de l'hôpital à l'**ambulatoire** impose souvent des appels téléphoniques pour obtenir l'information nécessaire (liste de médicaments, ordonnance de soins et d'ergothérapie, données médicales et socio-économiques, etc.). Cette carence d'ordonnances est décrite comme une atteinte à la sécurité du patient et le travail est reporté sur le CMS. L'équipe mobile est confrontée à des DMST différents des ordonnances. L'information médicale et socio-économique est essentielle, car des remboursements en dépendent.

En contactant l'hôpital, on tombe rarement sur la personne qui connaît le cas, inversement l'activité du CMS n'est pas assez connue dans les hôpitaux. La qualité de l'information semble reposer plus sur les personnes (qui savent ou ne savent pas) que sur les dossiers.

En matière d'**hébergement**, les informations liées aux ressources financières des patients manquent souvent (ressources propres, allocations), de même que celles liées à leur parcours et à des troubles cognitifs. On doit souvent relancer les médecins pour obtenir les DMT pour les longs séjours. La transmissions de d'information par voie électronique commence à fonctionner entre le BRIO et certains EMS.

Pour les professionnels **financiers** et **administratifs**, il manque souvent d'information concernant les ressources financières des patients (ressources propres, allocations). En outre, la structuration des coûts en EMS reflète un fonctionnement trop "saucissonné". On y trouve par exemple: la part résident (10%), la part socio-hôtelière (prélevée sur la rente AVS et/ou prestation complémentaire), l'allocation impotence, la part entretien du mobilier (CHF 4.-/jour), la part entretien immobilier, la facture classe PLAISIR (est fonction de la lourdeur des soins). Tout cela engendre des remboursements différenciés et génère des frais administratifs importants. En cas de prise en charge par le CAT, la facturation est encore plus compliquée.

Pour les **médecins libres praticiens**, l'information manque souvent concernant des patients venant des urgences. Pour une sortie d'hôpital ou de CTR, les documents arrivent souvent bien après, trop tard dans le cas de traitement de plaies par exemple.

Le fax et le téléphone restent les principaux moyens de communication.

Pour le **pharmacien** hospitalier, l'accès aux informations du patient reste problématique, ne serait-ce que parce qu'elle encore consignée dans un dossier papier. Le déploiement de DOPHIN est attendu.

Pour le pharmacien de ville, l'information est trop souvent incomplète: dosage ou posologie (plus de 60%), indications de prescription. La question graphologique reste d'actualité comme source d'erreur.

Pour le **BRIO**, l'information manque trop souvent concernant les projets complexes: DMST, personnes importantes, etc. S'ensuit un travail d'enquête pour clarifier des situations de demandes contradictoires (entre patient, médecin, famille, CMS). Les rubriques du DMST ne sont pas toujours comprises (il existe pourtant un mode d'emploi). DOPHIN est attendu. Il manque un "garant du suivi" (d'où la réflexion sur le case management), les patients psychiatriques sont particulièrement concernés.

3.3.3. Question 3: Les dispositifs d'orientation (processus, professions spécialisées) existants vous paraissent-ils adaptés (quali- et quantitatif) aux besoins (notamment situations fragiles)?

Pour les **soins aigus**, le BRIO est le dispositif de choix. Sa compétence est volontiers reconnue, mais on déplore un manque de ressources humaines. L'efficacité du BRIO pourrait être renforcée avec une simplification des processus. Une plus grande centralisation de l'information est invoquée.

Pour autant qu'ils y participent, les médecins reconnaissent l'utilité des séances de coordination. Une hospitalisation étant actuellement plus facile à organiser qu'une sortie, on évoque la nécessité de voir évoluer la mentalité médicale.

En psychiatrie adulte, l'orientation en vue de placement passe par des canaux "maison". La performance des acteurs dépend beaucoup des moyens qu'ils ont mis en place pour se tenir informés de ce qui existe et des disponibilités. Pour les autres orientations, le travail du BRIO est apprécié.

Cette question provoque de nombreux commentaires sur le manque de compétences et de structures d'accueil relativement à la psycho-gériatrie. Cette problématique est développée à la question 6.

En **traitement et réadaptation**, plus de BRIO est demandé: plus intégré aux équipes interdisciplinaires et une meilleure dotation. Le BRIO et un gériatre seraient utiles aux urgences, pour une meilleure orientation. Un service d'évaluation gériatrique est demandé.

On précise que le dispositif d'orientation fonctionne bien pour les patients connus. Pour les autres, la performance diminue sensiblement, en raison de la complexité du système pour mettre sur pied un projet d'orientation adéquate. Une centrale de type "1818" est évoquée, de même qu'une structure d'observation en vue d'orientation (18-20 lits non hospitaliers).

En **ambulatoire**, le travail du BRIO est apprécié (équipe mobile incluse), notamment dans son rôle de filtre actif et de coordination entre partenaires. Néanmoins, on y décrit beaucoup de stress dû au débordement de travail et à la complexité des procédures. Il arrive qu'un patient soit mal aiguillé: CMS au lieu de Pro Infirmis par exemple ("tourisme forcé"). On devrait plus anticiper, ne pas recourir au BRIO de manière réactive: par exemple signaler un situation fragile aussitôt que possible. Il y a là un potentiel d'amélioration du fonctionnement du CMS. On aimerait avoir un retour sur les patients adressés au centre mémoire.

On évoque l'idée d'une structure de crise qui permettrait d'organiser la prise en charge de patient dont le proche aidant est indisponible. Court séjour en EMS plutôt qu'hospitaliser par exemple.

En général, la richesse de l'offre en prestations et structures est reconnue. Mais on s'interroge sur la complexité du réseau et son efficacité. En matière d'information des professionnels, elle repose essentiellement sur leur curiosité et le temps passé dans leur structure. Chacun se fabrique sa représentation et sa connaissance du réseau.
En matière d'**hébergement**, l'orientation est généralement la bonne. L'articulation CAT – BRIO fonctionne bien, assez proactivement pour anticiper les situations, même fragiles. On regrette de la perte d'information financière entre le domicile et l'EMS via la CAT: on remplit plusieurs fois les mêmes documents.

Pour les **médecins libres praticiens**, entre BRIO et connaissances personnelles, la situation est satisfaisante. Néanmoins plus de retour du BRIO sur les cas pris en charge est souhaité.

Pour les **pharmaciens** de ville, l'information n'arrive pas spontanément. On l'obtient si on s'y intéresse.

Pour le **BRIO**, la charge de travail augmente constamment, il manque au moins un EPT. En ambulatoire, le staff est suffisant, en revanche en CTR, les situations sont de plus en plus complexes et consomment beaucoup de ressources. A l'hôpital, les séjours de plus en plus courts compliquent l'organisation de l'orientation des patients (en 2012 par exemple: 800 demandes d'orientation dans le service de médecine).

3.3.4. Question 4: Pouvez-vous transmettre les informations liées au patient en temps réel lors de la sortie de votre entité?

En **soins aigus** somatiques, la transmission de l'information en temps réel semble respectée. Les moyens dominants sont le fax, le téléphone et la photocopieuse (des patients partent avec des copies de dossier, de feuilles de soins et/ou de traitement). L'informatique en réseau est encore peu utilisée, mais on en attend beaucoup à court terme (DOPHIN, FHI par exemple). Les problèmes soulevés sont: DMST transmis trop tôt, ce

qui oblige le BRIO à demander une information à jour par la suite, génération d'un fax techniquement compliquée, etc. Des échanges plus fréquents sont demandés entre A et CTR.

En psychiatrie, le DMS recoupe un peu l'avis de sortie, mais il part à temps. La lettre de sortie est dictée rapidement, mais temps de dactylographie et signature de 12 à 15 jours. Le DMST est décrit comme compliqué à utiliser. Ici aussi, fax, courrier postal et téléphone sont les moyens de premiers choix, y compris la photocopie du dossier si transfert en urgence. Ces outils sont décrits comme dépassés.

En **traitement et réadaptation**, les interviewés insistent sur le besoin de recevoir des informations de qualité: cohérence, un seul plan de traitement signé. L'accès aux données patient au sein du système d'information eHnv est apprécié, ce qui met en évidence le manque dans les autres situation. Les contraintes administratives et financières compliquent le travail ("Chicaneries"). Les séances BRIO-CMS-CTR (2-3 / an) sont appréciées et le système s'en trouve amélioré.

En **ambulatoire**, si un mouvement est planifié, la situation est satisfaisante. En urgence, certaines informations sont acheminées par les ambulanciers (carnet de transmission), le DMST arrive en décalage temporel. Il est parfois malaisé de joindre un médecin pour transmettre l'information, solution de rechange: le fax qui est moins apprécié. On déplore la résistance de certains médecins à recourir aux nouvelles TIC. L'équipe mobile se dit satisfaite de la manière dont l'information est transmise.

En matière d'**hébergement**, de médecin à médecin, cela se passe par téléphone et DMT. Pour le reste, quand un dossier informatisé existe, la situation est décrite comme satisfaisante. S'il n'y en a pas: DMST, photocopies, etc. Le retard en technologies d'information et de communication (TIC) est vivement déploré.

Pour les **médecins libres praticiens**, en cas de départ d'un patient: courrier postal, fax, téléphone avec diagnostic(s), plan de traitement(s), etc. est adressé au nouveau médecin. Idem pour EMS, CMS. S'il existe un système d'information, le dossier est imprimé et envoyé/faxé. En cas d'examens complémentaires, le retour du médecin est rare et souvent arrive trop tard.

Pour les **pharmaciens**, à la sortie de l'hôpital, le DMT est faxé le jour-même. Mais le fax est réputé obsolète et le pharmacien de ville pas informé.

Pour le **BRIO**, le DMST est décrit comme insuffisant pour les cas psychiatriques et le fax peu pratique. Le DMST en provenance de l'hôpital est souvent manquant. Or s'il n'y a pas de DMT et de DMST, il n'y a pas de prise en charge par le BRIO. Cela entraîne des relances chronophages.

Des délais de trois semaines à un mois et demi pour obtenir un rapport complet du médecin (Evaluation Gériatrique Globale Ambulatoire par exemple) sont regrettés.

3.3.5. Question 5: Pensez-vous disposer (y compris connaître) de toute l'information nécessaire à une bonne orientation de votre patient?

A cette question, une réponse lie de nombreux acteurs: la curiosité, les collègues et le temps passé dans le système déterminent la connaissance qu'il en ont (apprentissage terrain, classeurs et check lists *ad hoc* et maison, etc. dont la tenue à jour dépend des bonnes volontés). L'autre réponse générique est que, s'ils savent ne pas connaître assez le réseau, ils savent à qui s'adresser, le BRIO en général, et cette situation est jugée comme satisfaisante. Une bonne connaissance du réseau contribue à éviter des hospitalisations inutiles.
En **soins aigus**, pour les médecins, on cite des manques de connaissance pour la prise en charge de patients addiction(s) dépendants ou l'admission directe en CTR. Pour les patients non encore connus dans le réseau, il faut enquêter sur leur environnement et cela allonge la durée du séjour.

Les échanges durant des colloques de spécialités réunissant des partenaires d'horizons différents contribuent améliorer la connaissance, mais tout le monde concerné ne les fréquente pas. Le fait de travailler dans une région délimitée aussi (microcosme).

En revanche, la survenue de changements de structures et/ou de prestations de même que 'apparition de nouveautés remonte rarement chez les partenaires.

En **traitement et réadaptation**, l'existence des personnes de référence est appréciée.

En **ambulatoire**, pour certains, on relate une bonne connaissance du réseau, mais on regrette de ne pas connaître le diagnostic des patients, ce qui impose d'approcher le médecin. Pour d'autres, on parle du rôle d'information lié à la fonction: quand on en maque (social, financier), on va la chercher. Ce manque d'information des professionnels comme des demandeurs (jeunes mamans, patients psychiatriques, etc.) nuit à une bonne orientation. De même que, par rapport au secret médical, on parle du diagnostic somatique, mais on tait le diagnostic psychiatrique, avec ce que cela peut biaiser une orientation.

La possibilité d'utiliser les groupes professionnels (par exemple groupe ergothérapie de l'ASPMAD, colloques interdisciplinaires, etc.) pour améliorer cette connaissance est évoquée.

En matière d'**hébergement**, il y a peu d'orientation, en dehors d'un transfert urgent par exemple.

Pour les **médecins libres praticiens**, la situation est la même: on connaît assez bien le réseau (vaudois), si on ne sait pas, on sait à qui s'adresser. A noter que la formation ForOm contribue à mieux connaître le réseau.

Pour les **pharmaciens** comme pour les autres acteurs, la connaissance est "sauvage", i.e. il n'existe pas de canal d'information formel. On regrette que le pharmacien de ville soit un acteur isolé des acteurs de la santé. D'où l'utilité de fréquenter des associations ou groupes de travail.

Pour le **BRIO**, le réseau est une mémoire vive: l'information est dans la tête des partenaires.

3.3.6. Question 6: L'offre en prestations et structures est-elle suffisante en temps réel pour couvrir les besoins des patients? (adéquation demande-offre)

De manière générale, la capacité en structures A semble adéquate. Néanmoins le taux d'occupation annuel moyen est élevé (près de 90%): on travaille souvent en flux tendu. La surcharge d'une structure surcharge tout le système (engorgement). Le résultat de ces manques accroît la pression sur les professionnels et crée de la colère chez les usagers, proches aidants inclus. Déclasser ne résout en rien les manques en structures et prestations. La pertinence financière du déclassement est mise en cause, en ce sens que le coût structurel réel demeure inchangé.

Pour tous les partenaires, de nombreuses orientations se font par défaut, car il manque chroniquement de: structures intermédiaires (notamment pour les personnes pas admissibles en CAT); structures court séjour (d'autant que, sous la pression des assurances, une couverture d'admission en court séjour est plus facile à obtenir qu'en CTR); médecins: dermatologues, psychiatres (une attente de rendez-vous après la sortie d'un nouveau patient peut aller jusqu'à huit semaines), généralistes; structures pour cas SIDO (observation 2-3 jours puis retour à domicile ou placement) ou PLAFA; structures d'accueil et compétences en psycho-gériatrie et psychiatrie de l'âge adulte, foyers (pour SIDO); EMS (un patient instable peut attendre jusqu'à un an); appartements protégés (individuels et communautaires, avec veille de nuit et soins, "Age3: c'est pour quand?"); hôpital de jour; UAT âge adulte. En résumé, le droit au choix se heurte à la réalité.

La capacité en B devrait plus servir les courts séjours.

En **soins aigus**, une gestion centralisée des lits de l'hôpital d'Yverdon est demandée. A défaut, cela entraîne beaucoup de travail supplémentaire dans les unités de soins. Des consultations sortent des indications opératoires, mais sans savoir s'il y a des disponibilités en lits. L'attente de court et/ou longs séjours allongent es durées de séjours en A et retardent des entrées programmées.

En psychiatrie, avec l'UPA, on n'allonge pas les durées de séjour et il n'y a pas de rupture des soins, mais cela ne pallie pas le manque de structures d'accueil. On évoque la mise en commun de compétences pour explorer

de nouvelles pistes, quitte à réadmettre des patients en attendant. En psycho-gériatrie, 30% des patients demeurent dans des lits déclassés en attente de placement, cela peut aller jusqu'à 3-4 mois. L'attente d'un placement à l'hôpital peut être la source d'une rechute, de même que la rentrée à domicile au sein d'une famille qui est (partiellement) la cause du problème. L'agrandissement de l'unité de psycho-gériatrie est attendu.

En **traitement et réadaptation**, il manque une évaluation gériatrique adéquate et globale ambulatoire. Celle qui existe n'est pas assez utilisée, il faut former les médecins traitants à cette discipline.

Pour l'**ambulatoire**, les critères pour des hôpitaux pour ne pas admettre un patient ("pas de raison médicale pour admission) font que des cas limites restent en EMS, à domicile assistés par le CMS et chargent cette partie du système.

Un manque de rapidité pour répondre à des demandes d'aide à de jeunes parents, par exemple, par manque de personnel est déploré. Malgré un cahier des charges identique, chaque CMS a développé ses habitudes et traditions, de sorte que pour le client, l'offre est peu compréhensible.

Le travail de l'équipe mobile est directement soumis à ce qui se présente, avec les variations de charge que cela eut engendrer. Ceci est une constatation, pas une plainte.
En matière d'**hébergement**, on manque d'appartements protégés pour patients avec des troubles cognitifs. On regrette l'insuffisance de prestataires externes (ergothérapeutes, psychiatres, etc.) et qu'ils ne se déplacent pas en EMS (pour des raisons de remboursement). Une idée serait de mutualiser les métiers paramédicaux (y compris infirmiers) sur plusieurs EMS.

Pour les **médecins libres praticiens**, les ressources des urgences somatiques et psychiatriques peuvent parfois amener à "vendre son patient" (sic), à savoir insister voire ruser pour faire admettre un patient. Ensuite de quoi, on regrette de ne pas avoir de retour sur cette prise en charge. La même remarque vaut pour les médecin installés: gastro-entérologue, neurologue, ophtalmologue, psychiatre pour adolescents et psychodépendances.

La disponibilité du CMS est critiquée en fin de semaine, le vendredi après-midi et le week end.

Pour les **pharmaciens**, à l'hôpital, un fonctionnement en flux tendu permanent engendre des ruptures de stock de plus en plus fréquentes. Cet état est péjoré par le fait que les fournisseurs fonctionnent de la même manière. Il faut alors chercher ailleurs et/ou proposer des familles thérapeutiques équivalentes. Il manque de pharmaciens cliniques (en GB, il y en a un pour 30 lits).

Pour le **BRIO**, en plus de ce qui est exposé au début de ce chapitre, s'il y a de la place en EMS, c'est qu'il est peu accueillant (infrastructures vétustes et dépassées, ambiance.

3.3.7. Question 7: Selon vous, en tant que … (médecin, infirmier-ère, …), quel structure/prestation/site Internet/… devrait-il être développé/créé?

Les réponses à cette question sont organisées dans les paragraphes suivants.

3.3.7.1. Systèmes et structures d'information et de communication

L'information du réseau (structures, prestataires, prestations, conditions d'admission, disponibilité, etc.) ne parvient pas spontanément aux partenaires. Cela génère des recherches chronophages et ne garantit pas l'exhaustivité de la connaissance. Un système de recensement et d'abonnement offrirait l'avantage de relayer une information complète et à jour, aux professionnels comme aux usagers.

Concevoir un portail Internet *RezoNord* de recherche multicritères de prestataires (y compris administrations et privés), structures (y compris missions), conditions d'admission, type(s) de patientèle, disponibilités en temps réel et à venir, contacts, répondants, etc.

Introduire DOPHIN et d'autres SIC: dossier informatisé de patient, transmission d'information, vidéo-conférences, etc. Rendre compatibles entre eux les SIC pour pouvoir traiter les gens dans le sens qu'ils le demandent.
Centraliser l'information en matière de lits et staff disponibles (voir les cinq niveaux de prise en charge en Montérégie, Québec), meilleure programmation opératoire en fonction des possibilités en lits, y compris en salle de réveil.
Faire des documents de transmission (DMT, DMST) des instruments adaptables à toutes les disciplines (émettrices et réceptrices).

3.3.7.2. Attitudes

Continuer de développer les soins ambulatoires et gérer au mieux la sortie de l'hôpital. En EMS, créer un binôme médecin-infirmier en vue de donner conseil, notamment infirmier, etc.
Mieux articuler les soins aigus somatiques et psychiatriques pour patients polypathologiques, fragiles, etc.
Sensibiliser les nouveaux médecins à la notion de réseau. Former les médecins sur le thème: "Qu'est-ce que la personne âgée, que ressent-elle? (gériatrie et psycho-gériatrie)"
Détecter plus précocement certains risques à domicile et en cabinet et transmettre, notamment au BRIO.
Intégrer toutes les professions de la santé au sein de groupes de travail et autres associations.
En ambulatoire, le BRIO demande une clarification quant au recours possible à des acteurs de soins privés.
Augmenter la création et l'utilisation d'équipes mobiles: amener la compétence au patient, comme les pompiers vont au feu.
A l'hôpital, renforcer le rôle du pharmacien auprès du patient avec, notamment une anamnèse médicamenteuse.
Mener une enquête auprès des médecins pour savoir pourquoi certains ne s'impliquent pas dans le réseau.

3.3.7.3. Structures

Concevoir un lieu multidisciplinaire extra-hospitalier avec des lits d'observation pour mieux décider de l'attitude à adopter.
Dans la perspective de eHnv 2018, se concentrer sur les activités A et B et confier le C aux EMS.
Recréer de l'accueil, notamment pour les 18-30 ans: lieu de rencontre pour trouver du calme et du (ré)confort, hôpital de jour avec comme objectif d'éviter l'hospitalisation ou la réhospitalisation.
Soulager les proches aidants de patients à domicile pendant quelques jours avec plus de structures d'accueil temporaire (notion de "structure de rupture").

3.3.7.4. Finances

Simplifier et harmoniser les flux financiers (voir pour s'en convaincre la complexité – complication? – des factures adressées actuellement aux patients).
Pour une prestation donnée, on demande une tarification unique, où qu'elle soit dispensée (domicile, EMS, autre).

4. Synthèse

S'il fallait le dire d'un mot, il serait "le réseau existe mais il ne parle pas de lui". Ainsi que nous l'avons repris en plusieurs endroits de ce rapport, les acteurs du réseau en ont chacun leur connaissance et leur représentation. La bonne nouvelle, c'est que cela marche et relativement bien. Il convient néanmoins de relever que ce fonctionnement est fragile – il repose sur la connaissance de personnes et il est peu documenté – et complexe. Une complexité qui exprime sans doute celle du réseau lui-même, mais dont nous pensons qu'elle pourrait être simplifiée. Quelques mesures fortes pourraient avantageusement améliorer le fonctionnement du réseau. Tant les professionnels que les usagers s'y (re)trouveraient.

Par exemple, mettre en place une direction de réseau forte, avec des composantes et des compétences pour favoriser une meilleure intégration de l'information et des prestations. La formation des partenaires sur l'utilisation du réseau trouverait sa place ici.

5. Conclusion

Le projet TIO est nécessaire et adéquat, le résultat de l'étude du GP1 le montre clairement.

Plus largement, c'est un fonctionnement en réseau – et donc sur un mode coopératif – qui, selon C. Kleiber, ramènera le système de santé à un niveau élevé en matière de qualité et en même supportable en termes de coût: "Seule la quête systématique et critique de la qualité et l'exigence de l'utilité des soins pourraient réconcilier la logique des besoins et la logique des moyens qui s'affrontent depuis des dizaines d'années. Je suis convaincu que ce n'est pas la concurrence, telle qu'elle est pratiquée, qui apportera des solutions, mais plus de coopération."[1]

On ne le dira jamais assez, les professionnels entendus disent tous leur attachement à leur travail et à bien le faire. C'est le capital le plus précieux pour améliorer le système en collaboration active avec les gens Ils expriment une vraie attente pour voir le réseau de soin fonctionner mieux et de manière plus fluide. Mais si c'est un capital inestimable, c'est un capital fragile. Ne pas répondre aux exigences de qualité des acteurs serait les contraindre à adopter des attitudes de rechange (on se souviendra de l'effet de la nationalisation de la santé sur les médecins en Grande Bretagne par exemple).

Les acteurs sont bien disposés pour améliorer un système riche et performant. Les potentiels d'amélioration les plus importants sont situés dans le domaine de l'information, au sens large, et de l'offre en structures.

Nous remercions M. Y. Kühne, secrétaire général du RNB et chef du projet OSRIC, et le Bureau exécutif du projet OSRIC de nous avoir fait confiance en nous confiant le mandat de dresser cet état des lieux du RNB vu sous l'angle de la trajectoire, de l'information et de l'orientation. Nous remercions aussi Mmes B. Barussaud et M. Roon, RNB, pour leur précieuse collaboration.

Enfin et pas des moindres, nos remerciements chaleureux vont aux partenaires interviewés. Nous avons trouvé là de grandes qualités professionnelles et personnelles. Ils nous ont accueilli et se sont exprimés ouvertement et en confiance.

---

[1] "On a trop cru au vertus de la concurrence", Charles Kleiber in Le Temps, 13 mars 2013

6. Annexes

- Questionnaires
- Grilles analyse quantitative